

### INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

**OUTORGANTE:** Braz Jose da Silva Neto

(Nome Completo)

Brasileira (o)

(Nacionalidade)

solteiro

(Estado Civil)

recuso

(Profissão)

portador(a) da Cédula de Identidade nº 8.926.430

105.172.374-40

inscrito (a) no CPF/MF sob o nº

Rural, Bezenos

residente domiciliado(a) 51 Lagoa da Chã, n.º 530

CEP.: 55600-000

**OUTORGADOS:** **EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, portador, respectivamente, da OAB-PE **28.570**, com endereço profissional na Avenida , endereço eletrônico: evl.advogado@yahoo.com.br

**PODERES:** Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu, , DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

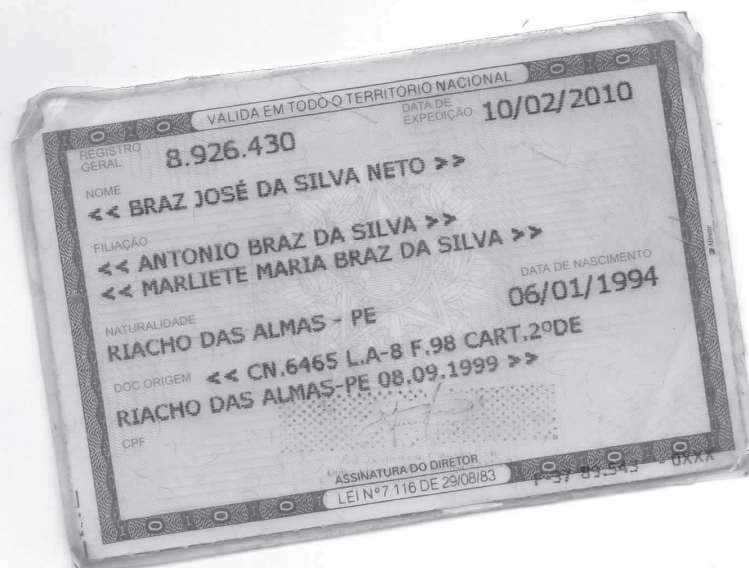
**Outorgante/Declarante**

BRAZ JOSÉ DA SILVA NETO

1









**Ministério da Fazenda  
Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



**Número**

**105.172.374-40**

**Nome**

**BRAZ JOSE DA SILVA NETO**

**Nascimento**

**06/01/1994**

**CÓDIGO DE CONTROLE**

**0C10.10BE.EE6A.ECC6**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 14:58:21 do dia 17/07/2019 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



|                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NOTA FISCAL   FATURA   CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA    2a VIA</b>                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>COMPANHIA ENERGÉTICA<br/>DE PERNAMBUCO<br/>AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,<br/>RECIFE, PERNAMBUCO<br/>CEP 50050-902<br/>CNPJ 10.835.932/0001-08<br/>INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93</p> | <div style="text-align: center;">  <p><b>CELPE</b></p> <p><a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a></p> </div> <div style="text-align: right; padding-top: 20px;"> <p>Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02<br/> <b>COMERCIAL 116   PRONTIDÃO 116</b><br/>             Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142<br/>             Ouvidoria 0800 282 5599<br/>             Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado<br/>             de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos<br/>             Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL<br/>             167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis</p> </div> |

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                          |  |                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                     |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>DADOS DO CLIENTE</b><br><br>ANTONIO BRAZ DA SILVA<br>Sr Cliente ATUALIZE SEU CADASTRO !!<br>CPF: 507.723.254-72                                                                                                                                           |  | <b>DATA DE VENCIMENTO</b><br><b>09/01/2020</b><br><br>TOTAL A PAGAR (R\$)<br><b>0,00</b> |  | <b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b><br>23/12/2019<br><br><b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b><br>02/01/2020<br><br><b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b><br>089806086 |  | <b>CONTA CONTRATO</b><br><b>001830599017</b><br><br><b>Nº DO CLIENTE</b><br>2000847128<br><br><b>Nº DA INSTALAÇÃO</b><br>0000364855 |  |
| <b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b><br><br>SI LAGOA DA CHA 530                                                                                                                                                                                            |  | <b>CLASSIFICAÇÃO</b><br><br><b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b><br><b>Monofásico</b>     |  |                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                     |  |
| <b>SITIO LAGOA DA CHA/BEZERROS RURAL</b><br>55660-000 BEZERROS PE                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                          |  |                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                     |  |
| As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> |  | <b>RESERVADO AO FISCO</b><br><b>E2DE.773A.3652.2749.BFF0.D512.1405.74B6</b>              |  |                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                     |  |

\_\_\_\_\_

|                    |  |  |            |            |             |
|--------------------|--|--|------------|------------|-------------|
| DESCRIÇÃO          |  |  | QUANTIDADE | PREÇO      | VALOR (R\$) |
| Consumo Ativo(kWh) |  |  |            | 0,56318433 | 0,00        |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |
|                    |  |  |            |            |             |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL                               |                |            |          |            |          |         |           |        |             |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|----------|------------|----------|---------|-----------|--------|-------------|
| NÚMERO DO MEDIDOR                                                        | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |          | ATUAL      |          | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO kWh |
|                                                                          |                | DATA       | LEITURA  | DATA       | LEITURA  |         |           |        |             |
| MV09505                                                                  | CAT            | 21/11/2019 | 4.686,00 | 23/12/2019 | 4.686,00 | 32      | 1,00000   | 0,00   | 0,00        |
| <div> <div>DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/01/2020</div> </div> |                |            |          |            |          |         |           |        |             |

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES                                                              |          |                    |             |            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------------|-------------|------------|------------|
| DESCRIÇÃO                                                                                          | CONJUNTO | VALOR APURADO      | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
| out/2019                                                                                           |          |                    |             |            |            |
| DIC-No.de horas sem Energia                                                                        |          | 0,00               | 0,00        | 0,00       | 0,00       |
| FIC-No.de vezes sem Energia                                                                        |          | 0,00               | 0,00        | 0,00       | 0,00       |
| DMIC-Duração máxima de interrupção contínua                                                        |          | 0,00               | 0,00        | 0,00       | 0,00       |
| DICRI-Duração de interrupção em dia crítico                                                        |          | Limite DICRI: 0,00 |             |            |            |
| EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00                                                            |          |                    |             |            |            |
| Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. |          |                    |             |            |            |

| <p><b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b></p> <p>Pague no ponto mais perto de você! barros e gomes eletros Ltda - r jose primo no 08 loja 06 ameixas / modamor: riacho das almas centroLista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>."</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a>.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês</p> <p>Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> <p>Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorre a suspensão.</p> |                       | <table border="1"> <tr> <th colspan="3">NÍVEIS DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202</td> <td>231</td> </tr> <tr> <td colspan="3">AUTENTICAÇÃO MECÂNICA</td> </tr> </table> |  |  | NÍVEIS DE TENSÃO |  |  | TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |  | MÍNIMO | MÁXIMO | 220 | 202 | 231 | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------|--|--|-------------------|-----------------------|--|--------|--------|-----|-----|-----|-----------------------|--|--|
| NÍVEIS DE TENSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |                  |  |  |                   |                       |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |
| TENSÃO NOMINAL(V)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |                  |  |  |                   |                       |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | MÍNIMO                | MÁXIMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |                  |  |  |                   |                       |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |
| 220                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 202                   | 231                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |                  |  |  |                   |                       |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |                  |  |  |                   |                       |  |        |        |     |     |     |                       |  |  |

| DESTAQUE AQUI  |         |                    |            |                                                                                            |
|----------------|---------|--------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO                                                                         |
| 001830599017   | 12/2019 | 0,00               | 09/01/2020 | <p>Evite dobrar, perfurar ou rasurar.</p> <p>Este canhoto será usado em leitora ótica.</p> |

|             |                       |
|-------------|-----------------------|
| FATURA PAGA | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA |
|-------------|-----------------------|



## **SINISTRO 3200088534 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** BRAZ JOSE DA SILVA NETO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** MLB

CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** BRAZ JOSE DA SILVA NETO

**CPF/CNPJ:** 10517237440

### **Posição em 17-04-2020 10:48:44**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 09/03/2020        | R\$ 2.362,50         | R\$ 0,00         | R\$ 2.362,50 |





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -  
DPP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E4143000306**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/02/2020** às **19:48**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **21/4/2019** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES, 01** - Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO ANTIGO FORUM**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE )  
BRAZ JOSE DA SILVA NETO ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): BRAZ JOSE DA SILVA NETO

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**BRAZ JOSE DA SILVA NETO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLIETE MARIA BRAZ DA SILVA** Pai: **ANTONIO BRAZ DA SILVA** Data de Nascimento: **6/1/1994** Naturalidade: **RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8926430/SDS/PE (RG), 10517237440 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 530, ST LAGOA DA CHÃ - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BRAZ JOSE DA SILVA NETO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFT9144** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **526744006** Chassi: **9C2KC1650DR800057**  
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**  
Descrição: **PROPRIETARIO: JOSE MICHAEL DA SILVA MONTEIRO**

**Complemento / Observação**

**O SENHOR JOSE BRAZ JOSE DA SILVA NETO NA QUALIDADE DE VITIMA PASSA A DECLARAR QUE TRAFEGAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, PELA RUA PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES, QUANDO NAS PROSIMIDADES DO PREDIO DO ANTIGO FORUM, UM AUTOMOVEL QUE**



ESTAVA ESTACIONADO SEM SINALIZAR ENTROU NA VIA COLIDINDO COM A MOTOCICLETA CONDUZIDA PELA VITIMA, O QUAL PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO AS MARGENS DA VIA; O CONDUTOR DECONHECIDO NÃO PAROU E SE EVADIU DO LOCAL AO PERCEBER QUE HIA PROVOCADO O ACIDENTE; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE, DE ONDE APÓS AVALIAÇÃO CLÍNICA A VITIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, LOCAL ESTE ONDE FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS MÉDICOS CONFORME DECLARAÇÕES APRESENTADAS PELA PRÓPRIA VITIMA, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*BRAZ JOSE DA SILVA NETO*  
**BRAZ JOSE DA SILVA NETO**  
(VITIMA)

*[Assinatura]*  
B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr Braz José da Silva Neto, Identidade: 8.926.430 SDS-PE, que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço, número da ocorrência -4728, no dia 21 de abril de 2019, às 17h e 10 min, com queixa de Colisão Carro e Moto, na Avenida Agamenon Magalhães do Município de Bezerros-PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 19 de Dezembro de 2019.

Regina Morais  
Coord. de SAMU do Samu Bezerros  
COREN 142524

REGINA MORAIS  
Coord. - SAMU  
Bezerros-PE

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 – Bezerros – PE  
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34





Prefeitura Municipal de Bezerros  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                                      |          |                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------|----------|--------------------------|--|
| <b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                | <b>CARTÃO DO SUS:</b>                |          | <b>REGISTRO:</b> 928.580 |  |
| DATA: 21.04.19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                | HORA: 17:51                          |          | TELEFONE: 98901-8879     |  |
| NOME: BORGES JESSI DA SILVA VIEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                | NOME DA MÃE: Rosilene Maria da Silva |          | IDADE: 25 anos           |  |
| DATA DE NASCIMENTO: 06/01/94                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                | ACOMPANHANTE: Rosilene               |          |                          |  |
| END: Jitapulo Povoado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                | CIDADE: Bezerros                     |          | BAIRRO: Povoado N° 10    |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                      |          |                          |  |
| PA: 150/110 mmHg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | HGT: 107 mg/dL | T: °C                                | PESO: kg | SANO                     |  |
| Sf: 98% 140 bpm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                | Téc. Enfermagem/COREN                |          |                          |  |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO 18 anos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                      |          |                          |  |
| <b>I - Sinais de Emergência Imediata</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                |                                      |          |                          |  |
| <b>CLASSIFICAR COMO VERMELHO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                      |          |                          |  |
| <p>1. <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Estridor <input type="checkbox"/> FC &lt; 50 ou &gt; 140 bpm <input type="checkbox"/> FR &lt; 10 ou &gt; 32 lpm</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Extremidades frias <input type="checkbox"/> Enchimento capilar latificado <input type="checkbox"/> Pulso fraco ou ausente <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Sudores</p> <p>3. <input type="checkbox"/> PAS &lt; 80 ou &gt; 200 mmHg <input type="checkbox"/> PAD &lt; 40 ou &gt; 130 mmHg <input type="checkbox"/> HGT &lt; 40 ou &gt; 11 mg/dl <input type="checkbox"/> Convulsão no momento</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Politraumático/Glasgow &lt; 12 <input type="checkbox"/> Letargia <input type="checkbox"/> Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> PAB <input type="checkbox"/> Sangramento intenso</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Anafilaxia associada à insuficiência respiratória</p>                                                                                                          |                |                                      |          |                          |  |
| <b>II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito de sala de observação</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                                      |          |                          |  |
| <b>CLASSIFICAR COMO AMARELO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                                      |          |                          |  |
| <p>1. <input type="checkbox"/> Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 <input type="checkbox"/> TCE leve <input type="checkbox"/> PAS &lt; 90 ou &gt; 180 mmHg <input type="checkbox"/> PAD &lt; 50 ou &gt; 110 mmHg sem sintomas</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Febre &gt; 39°C <input type="checkbox"/> Febre com imunodepressão <input type="checkbox"/> Histórico de convulsão nas últimas 24 horas <input type="checkbox"/> Impossibilidade de deambulação</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Tumor pastoso <input type="checkbox"/> Mucosas ressecadas <input type="checkbox"/> Vômitos no momento</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1° e 2° graus não críticas SCQ &lt; 10% <input type="checkbox"/> Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Dor Abdominal intensa <input type="checkbox"/> Dor Torácica intensa <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Epistaxe</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Acidente perfuro-pontante com material biológico <input type="checkbox"/> Crise asmática</p> |                |                                      |          |                          |  |
| <b>III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                |                                      |          |                          |  |
| <b>CLASSIFICAR COMO VERDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                      |          |                          |  |
| <p>1. <input type="checkbox"/> Febre sem outros sinais clínicos &lt; 39°C <input type="checkbox"/> Retorno em período &lt; 24 horas por ausência de melhora</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa <input type="checkbox"/> Etorse, suspeita de fraturas, luxações</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações de sinais vitais <input type="checkbox"/> Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Dor de ouvido moderada a grave</p> <p>5. <input type="checkbox"/> História de convulsão sem alteração do nível de consciência <input type="checkbox"/> Abscessos <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                                      |          |                          |  |
| <b>IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                      |          |                          |  |
| <b>CLASSIFICAR COMO AZUL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                      |          |                          |  |
| <p>1. <input type="checkbox"/> Doenças crônicas sem alterações agudas <input type="checkbox"/> Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal <input type="checkbox"/> Coriza crônica ou recorrente</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Queimaduras de 1° grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Trocas de curativos ou retirada de pontos</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Administração de medicamento <input type="checkbox"/> Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional <input type="checkbox"/> Solicitação de exames e receitas não urgentes</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Constipação intestinal sem outros sintomas <input type="checkbox"/> Troca ou retirada de sonda</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |          |                          |  |
| <b>CLASSIFICAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                                      |          |                          |  |
| <p><input type="checkbox"/> Vermelho</p> <p><input type="checkbox"/> Amarelo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Verde</p> <p><input type="checkbox"/> Azul</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                |                                      |          |                          |  |
| <p>→ Paciente vítima de acidente de moto com escoriações pelo corpo</p> <p>→ Pico hipertensivo</p> <p>→ Fratura em HSD</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                                      |          |                          |  |
| Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                      |          |                          |  |
| ENCAMINHADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                |                                      |          |                          |  |
| ORIENTAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                |                                      |          |                          |  |
| Assinatura de Enfermeira e Carimbo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                |                                      |          |                          |  |
| Assinatura da Assistente Social e Carimbo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                      |          |                          |  |



|                      |                              |           |
|----------------------|------------------------------|-----------|
| FICHA DE ATENDIMENTO | Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à | REGISTRO: |
|----------------------|------------------------------|-----------|

Queixas: *intorção de sustentação de tórax, fôto de ansiedade de ta.*  
*ansiedade desde os primeiros meses.*

Exame físico:

*Dr. Bruno Lú Cavas*  
 Médico  
 CREMEPE 23610

H.D.: *Prontidão hídrica.*

**CONDLTA/REAVALIACÃO/ CONDUTA MEDICACÃO**

Conduta: *em regime de observação*  
*420*  
*5664 434*

| TIPO DE CONSULTA         | MOTIVO DA ALTA | ÓBITO                | ATESTADO    |
|--------------------------|----------------|----------------------|-------------|
| Consulta simples         | Melhora        | Data: ____/____/____ | SIM ( )     |
| Consulta c/ Observação   | Solicitação    | Hora: ____:____      | NÃO ( )     |
| Indicação (Internamento) | Transferência  |                      | ALIAS: ____ |
|                          | Indicção       |                      |             |
|                          | Óbito          |                      |             |

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

*Dr. Bruno Lú Cavas*  
 Médico  
 CREMEPE 23610  
 Médico - CREMEPE  
 (Carimbo)



Prefeitura Municipal de Bezerra  
Secretaria Municipal de Saúde  
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

420

TIPO DE OCORRÊNCIA  
Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) SENHA 56 67 489  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

Nome do Paciente Graciana José da Silva Neto IDENTIFICAÇÃO Idade: 23

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel: Colisão: Passagiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S ( ) N ( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passagiro ( ) Uso do Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição ao Fogo/Erva/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Queda ( ) Altura Aproximada: \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo: \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Última de acidente de trânsito queda de moto a 15km/h,  
com dor no punho direito.

Hipótese Diagnóstica: Gravidade leve.

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HG<sup>+</sup>): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_  
Vias Aéreas: FR: \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercoastais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/ Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Ritmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 60-110  
Adulto 60-100



Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estímulo Doloroso ( ) Inresponsivo ( )

## EXAME NEUROLÓGICO

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

### ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4  
Abertura Ocular a Voz 3  
Abertura Ocular a dor 2  
Sem abertura ocular 1

### RESPOSTA VERBAL

Orientado 5  
Confuso 4  
Resposta Inapropriada 3  
 Sons Incompreensíveis 2  
Sem resposta Verbal 1

### RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6  
Localiza Estímulo Doloroso 5  
Retirada ao Estímulo Doloroso 4  
Descorticação 3  
Derecaboração 2  
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: \_\_\_\_\_

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )  
Dificuldade na fala ( )  
Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midriase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG  
ECG 3-8: TCE Grave  
ECG 9-13: TCE Moderado  
ECG 14-15: TCE Leve

## NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S ( ) N ( )  
Lesões Intra-Torácicas: S ( ) N ( ) Fratura Pélvis: S ( ) N ( )  
Lesões Intra-abdominais: S ( ) N ( ) Fratura em Osso Longo: Fechada ( ) Aberta ( )

## USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S ( ) N ( ) Informante: Vitima ( ) Outros ( )  
Hábito Alcoolico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonoência/Agitação ( ) Alteração no Humor ( )  
Usou outras drogas: S ( ) N ( ) Informante: Vitima ( ) Outros ( )  
Lolô ( ) Maconha ( ) Cola ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lança-perfume ( ) Anfetaminas ( ) Éxtase ( )

## CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S ( ) N ( )  
Imobilização Tala Gessada: S ( ) N ( )  
Antibioticoterapia: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
Oxigenioterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )  
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S ( ) N ( )  
Entubação Orotraqueal: S ( ) N ( )  
Ventilação Mecânica: Modalidade: \_\_\_\_\_ FIO2: \_\_\_\_\_  
Reanimação Cardiopulmonar: S ( ) N ( )  
RX: S ( ) N ( ) Analgesia: S ( ) N ( )  
Infusão de Fluidos: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_  
Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_  
Outras Conduas: \_\_\_\_\_  
Intercorrências: \_\_\_\_\_

## MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

*Fratura.*

## CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HRQ  
Médico Regulador: \_\_\_\_\_  
Transferência com acompanhamento Médico: S ( ) N ( )

UMSJ 21/04/19

Local e data

Hora: \_\_\_\_\_

Médico Assistente





**PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Unidade Mista São José**



Bezerros, 08 de Novembro de 2019

## **DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que se necessário, consta nos arquivos da UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ, ficha de atendimento, sob número de registro 928.580 datado de 21 de abril de 2019, às 17h 51', do Sr. Braz José da Silva Neto, residente à Rua Ivanildo Pessoa Souto Maior, 10, Cruzeiro – Bezerros – PE. O mesmo foi trazido pelo SAMU, com relato de acidente de moto, sendo transferido no mesmo dia para o Hospital Regional do Agreste (HRA).

Sem mais para o momento, renovo votos de consideração e respeito.  
Atenciosamente,

*Maria Clemilda da Silva Lira*  
U. M. São José dos Bezerros  
Diretora Administrativa  
**Maria Clemilda da Silva Lira**  
Diretora Administrativa

Rua: Samuel Cunha, S/Nº - Centro - CEP: 55660-0000-Bezerros - PE  
Fone: 3728-1366





HRA  
HUMAN RESOURCES ASSOCIATION

## Prontuário: 337306

Religião:

CNS:

Nº: 0

Estado: PE

Profissão:

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Using as Assistant as more appropriate  
on a government on public on  
of the services on the

### Exame Físico:

PA: FC: FR:

Nu ok.

8 km per night

Don C. Brown, Jr. Puerto Rico.

|                   |
|-------------------|
| Diag. Provisório: |
|-------------------|

través <sup>do</sup> Centro de Massas

Dr. Thiago C. ...  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 16418 TEST 15480

Enstons Nino con WH AKU2

Q: DATE ~ NAME ~ PR ~ ON.

Prescrição:

Dieta:

Dr. Thomas  
Ortopedia Traumatologia  
CRM: 18476 TEST 15480

Data

Horário

**SUS**Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

**2427419**

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

**BRAZ JOSÉ DA SILVA MEND**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

**337306**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

**06/11/94**

9 - SEXO

**Masculino**

10 - RAÇA/COR

**3**

11 - NOME DA MÃE

**MARILENE ROCHA BRAGA DA SILVA**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

**Gruta Lagoa da Chama**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**Cametá**

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

**PE**

19 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTO  
APRESENTANDO FRATURA TROCANTER NO Membro  
COM LESÃO NA ARVIA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADES DE CUIDADO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame clínico e radiológico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

**Fratura distal do Membro**

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

**URGENTE**

31 - DOCUMENTO

**ICNS**

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

**05832847434**

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

**FABIO DA SILVA**

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

**20/04/19**

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

**Ortopedia Traumatologia****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPIDO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO-TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

**PE-43-003**

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) ICNS ( ) ICPE

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**05832847434**

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**Dr. Waldenir Soares da Silva****CRM 7169****261910396981-2**

**SUS**Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

**HRA**

2 - CNES

**2427419**

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

6 - NOME DO PACIENTE

**Batista João de Nilo Neto**

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

**339306**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

**06/01/14**

9 - SEXO

**Masculino**

10 - RAÇA/COR

**3**

11 - NOME DA MÃE

**Araceli Maria Bezerra de Sousa**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

**DDD**

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

**DDD**

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

**Rua Lagoa da Chama**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**Aracaju**

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

**PE**

19 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Dor lombar e em art. do joelho**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

**Queixa de dor lombar**

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

**Rx + Artroscopia + ER**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

**Doença de Scheuermann**

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

**Trat. cirúrgico S5/S6**

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

**04080204518**

29 - CLÍNICA

**Ortopedia**

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

**CNS**

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

**Dr. Carlos Augusto de Almeida**

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

**22 ABR 2020**

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

**22 ABR 2020****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**Dr. Carlos Augusto de Almeida**

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

**CNS**

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

**CNS**

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

**22 ABR 2020**

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**22 ABR 2020**

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS**  
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

| BLOCO CIRÚRGICO                           |                        |                      |          |                                             |                      |  |
|-------------------------------------------|------------------------|----------------------|----------|---------------------------------------------|----------------------|--|
| PACIENTE: <u>Bras Góes da Silva Neto</u>  |                        |                      |          | gafimel 502516                              |                      |  |
| SALA CIRÚRGICA Nº <u>03</u>               |                        |                      |          | REGISTRO Nº <u>227306</u>                   |                      |  |
| CIRURGIAS: <u>15. cin de pat. de nádo</u> |                        |                      |          | DATA <u>22/04/19</u>                        |                      |  |
| ANESTESIA: <u>Blog. traquial + sedar</u>  |                        |                      |          | ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Robson Barboza</u> |                      |  |
| QUANT.                                    | ESPECIFICAÇÃO          | PREÇO<br>UNIT. TOTAL | QUANT.   | ESPECIFICAÇÃO                               | PREÇO<br>UNIT. TOTAL |  |
| 02                                        | Oxigênio               |                      |          | Aguilha Descartável                         |                      |  |
| 04                                        | Água Destilada         |                      |          | Aguilha para Pendura                        |                      |  |
| 03                                        | Atropina               |                      | 01       | Aguilha para <u>Raqui plus</u>              |                      |  |
|                                           | Bupivacaina            |                      |          | Atadura Gessada                             |                      |  |
| 02                                        | Cefazolina 1g          |                      | 03       | Atadura Crepom <u>15mm</u>                  |                      |  |
|                                           | Clonidina              |                      | 01       | Cateter para Oxigênio                       |                      |  |
| 01                                        | Dezametasona 4mg       |                      |          | Cateter para Venopunção                     |                      |  |
|                                           | Diclofenaco            |                      |          | Coletor de Urina Aberto                     |                      |  |
| 02                                        | Dipirona               |                      |          | Coletor de Urina Fechado                    |                      |  |
| 01                                        | Etilefrina             |                      |          | Dreno                                       |                      |  |
|                                           | Glicose 50%            |                      | 05       | Eletrodo p/ Monitorização                   |                      |  |
|                                           | Lidocaina              |                      |          | Equipo para Sangue                          |                      |  |
|                                           | Metoclopramida         |                      | 01       | Equipo para Soro                            |                      |  |
|                                           | Neostigmina            |                      |          | Fio Cat Gut Cromado                         |                      |  |
|                                           | Prometazina            |                      |          | Fio Cat Gut Simples                         |                      |  |
|                                           | Ranitidina             |                      |          | Fio de Aço                                  |                      |  |
| 05                                        | Ringer co Lactato      | 17                   |          | Fio de Algodão                              |                      |  |
| 04                                        | Soro Fisiológico 500ml | 1                    | 02       | Fio de Nylon <u>2.0</u>                     | 1                    |  |
|                                           | Soro Glicosado         |                      |          | Fio de Polipropileno                        |                      |  |
|                                           | Succinato de Estríol   |                      | 05       | Gase 7,5x7,5                                | 1                    |  |
|                                           | Tenoxicam              |                      | 03       | Lâmina de Bisturi <u>24x15</u>              |                      |  |
| 01                                        | <u>Ropi</u>            |                      | 03       | Luvas Estéreis 7,0                          | 17                   |  |
| 1x                                        | <u>Clav. dec.</u>      |                      |          | Luvas Estéreis 7,5                          |                      |  |
| 1x                                        | <u>Alcool 70</u>       |                      | 02       | Luvas Estéreis 8,0 <u>8,5</u>               | 1                    |  |
| 1x                                        | <u>Emparedado</u>      |                      |          | Seringa 5ml                                 |                      |  |
| 04                                        | <u>Tayla</u>           |                      | 04       | Seringa 10ml                                |                      |  |
| 04                                        | <u>Masclara</u>        |                      | 03       | Seringa 20ml                                |                      |  |
| 04                                        | <u>Propi (par)</u>     |                      |          | Sonda de Foley                              |                      |  |
| 03                                        | <u>Tracova e/dig.</u>  |                      |          | Sonda Endotraqueal                          |                      |  |
|                                           |                        |                      |          | Sonda Nasogástrica                          |                      |  |
|                                           |                        |                      |          | Sonda Uretal                                |                      |  |
|                                           |                        |                      |          | Tubo para Aspiração                         |                      |  |
|                                           |                        |                      | 02       | <u>Comprimido 2x5</u>                       | 1                    |  |
| SUBTOTAL                                  |                        |                      | SUBTOTAL |                                             |                      |  |
|                                           |                        |                      | TOTAL    |                                             |                      |  |

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Dr. Claudio Aguiar Oliveira  
 14/04/2019

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Ketty Mirelly  
 Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM  
DEPIN - Departamento de Informática  
Hospital Regional do Agreste - Caruaru

## CONTAS MÉDICAS

|                                                     |                        |                             |                |               |
|-----------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------|---------------|
| Nº AIH                                              | Tipo                   | Prontuário                  | Data do Inter. | Data da Saída |
|                                                     |                        | 337306                      | 21.04.19       | 23.04.19      |
| Nome do Paciente: <u>Guilherme de Silva Neto</u>    |                        |                             |                |               |
| Cartão SUS: <u>70600235258962</u>                   |                        | Data Nasc.: <u>06.01.94</u> | Sexo: <u>M</u> |               |
| Nome da Mãe: <u>Marliete Maria Bezerra de Silva</u> |                        |                             |                |               |
| Nome do Responsável: <u></u>                        |                        |                             |                |               |
| Logradouro: <u>Lote 9 Lacerda e Chaves</u>          | Nº: <u></u>            | Bairro: <u></u>             |                |               |
| CEP: <u></u>                                        | Código Munic.: <u></u> | UF: <u>PE</u>               |                |               |
| Nacionalidade: <u></u>                              | Raça / Cor: <u></u>    | Documentação: <u></u>       |                |               |

502516

|                                |                        |                    |            |                   |
|--------------------------------|------------------------|--------------------|------------|-------------------|
| Procedimento Solicitado        | Procedimento Principal | Modalidade         | Espec.     | Caráter de Atend. |
| 040 802 0458                   |                        |                    |            |                   |
| CID Principal                  | CID Secundário         | CID Causa Assoc.   | Enfermaria | Leito             |
| S-521                          |                        |                    |            |                   |
| Motivo Saída / Permanência     | 12                     | CID Causa Morte:   |            |                   |
| CPF do Solicitado              | CPF do Responsável     | CPF do Autorizador |            |                   |
| <u>Guilherme de Silva Neto</u> |                        |                    |            |                   |



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Departamento de Informática - DEPIN

| SERVIÇOS PROFISSIONAIS |    | CPF/CNPJ do Profissional | CBO Profissional | Procedimento | Tipo Ato | Qte. Ato | N. Fiscal |
|------------------------|----|--------------------------|------------------|--------------|----------|----------|-----------|
|                        | 1  | Mauzilio Reis            | 935              | 040 802 0458 |          | 01       |           |
|                        | 2  | gláton dos santos        | 1146             | "            |          | 01       |           |
|                        | 3  | Robson Barbosa           | 1147             | "            |          | 01       | caspi     |
|                        | 4  | Ontese                   | x                | Tac          | x        |          | 58024     |
|                        | 5  |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 6  | Mauzilio Reis            | 935              | 030 191 0170 |          | 01       |           |
|                        | 7  |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 8  | Fuamei maure             | 123              | 030 191 0042 |          | 01       |           |
|                        | 9  |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 10 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 11 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 12 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 13 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 14 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 15 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 16 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 17 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 18 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 19 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 20 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 21 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 22 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 23 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 24 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 25 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 26 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 27 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 28 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 29 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 30 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 31 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 32 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 33 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 34 |                          |                  |              |          |          |           |
|                        | 35 |                          |                  |              |          |          |           |





RG-337306

2° Via Cliente

Bra w

27 APR 2019

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR:

©Y: 157-



Nome Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 06/01/1994  
Sexo: Masculino  
Idade: 25  
Senha: U0018  
Convênio:  
Atendimento:  
SAMB

Período: 21/04/2019 20:03 - 21/04/2019 20:04

GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENTE

Corr:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTADO DOR + EDEMA +  
LIMITAÇÃO EM M3D  
HÜ. FRATURA FECHADA

Medicamento(s):

NEGA ALERCIAS

Observação:

SENHA: 5687489

Rexograma clínico:

PROBLEMAS NOS MEMBROS

Descrição do caso:

DOR MODERADA?  
DEFORMAÇÃO GROSSEIRA?  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Especialidade:

Assinado(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/04/2019 20:05

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE PE - SUS**  
**SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS**  
**CCIH - FICHA DE CONTROLE**

|                                               |                                                                                                       |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE <u>BYOT KES</u>              | SEXO <u>M</u> IDADE _____                                                                             |
| REGISTRO _____                                | <input type="checkbox"/> RECUPERAÇÃO <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> ENFERMARIA |
| CIRURGIA DE URGÊNCIA <input type="checkbox"/> | CIRURGIA ELETIVA <input type="checkbox"/>                                                             |

PROFILÁTICO ☐ TERAPÊUTICA ☐  
 ASSOCIAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS ☐ SIM ☐ NÃO

|                                                               |                                      |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| JUSTIFICATIVA - Diagnóstico clínico e/ou microbiológico _____ |                                      |
| _____                                                         |                                      |
| _____                                                         |                                      |
| Dr. Claudio Argon Olivetti<br>CRM 30381                       |                                      |
| CREMEPE _____                                                 | DATA _____ / ____ / ____ 22 ABR 2019 |
| Assinatura legível ou carimbo                                 |                                      |

ANTIBIOTICOTERAPIA PRECOCE ☐ EMPÍRICA ☐ ESPECÍFICA ☐

| ANTIMICROBIANOS  | PADRONIZADO<br>(sim ou não) | DOSE           | DURAÇÃO PREVISTA |
|------------------|-----------------------------|----------------|------------------|
| <u>Oxocilina</u> | <u>sim</u>                  | <u>2g 10x4</u> | <u>24 horas</u>  |
|                  |                             |                |                  |
|                  |                             |                |                  |

ANTIBIÓTICOS SENSÍVEIS \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

|                                        |
|----------------------------------------|
| Parecer da CCIH _____                  |
| _____                                  |
| _____                                  |
| Assinatura do Presidente da CCIH _____ |
| CREMEPE _____ DATA _____               |

Recebido às \_\_\_\_\_ horas pelo funcionário \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura do Farmacêutico \_\_\_\_\_



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATORIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Beto Vitor de Silva Azeite

Nº do Registro:

Clínica:

Ortopedia

Nº do Leito

Operador:

Dr. Maurício Reis

1º Assistente:

Dr. Cleiton B

2º Assistente:

Instrumentador:

Maurício

Anestesiologista:

Anestesia:

BPRXQUAD D

Duração:

Data da Operação:

2004-19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura Calcâneo D

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada:

Osteossíntese com Placa DCP  
3,5 mm

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Pto em DDH. 10h BPRXQUAD D  
Antissepsia + Anestesia + Apoiar em  
campos cirúrgicos esterilizados  
Acesso Hemor.  
Dilatação por plano  
Averiguação e Fixação de placa DCP 3,5  
com 03 parafusos corticais distais e  
03 paraf. corticais proximais  
Ligam.  
Clareamento  
Drenagem rotacional  
A. ARPA

6/12/2011

Dr. Cleiton B. Reis





N 218016

10005

ASSINATURA DO ANESTESIOLOGISTA

+ Debona  
ମଢ଼ି



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES**  
**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

| Unidade de saúde: |      | <b>HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE</b>      |
|-------------------|------|------------------------------------------|
| Nome do Paciente: |      | <b>BRAZ RIBEIRO DA SILVA</b>             |
| Registro Nº:      |      |                                          |
| Clínica:          |      |                                          |
| Leito Nº:         |      |                                          |
| DATA              | HORA | EVOLUÇÃO                                 |
|                   |      | <b>Fx. Antebraço (D) (Galeazzi)</b>      |
|                   |      | <b>Paciente em tratamento cirúrgico.</b> |
|                   |      | <b>Em observação no hospital.</b>        |
|                   |      | <b>Atendimento pronto socorro.</b>       |
|                   |      | <b>Em observação</b>                     |
|                   |      | <b>Admissão cirúrgica p/</b>             |
|                   |      | <b>cirurgia de urgência</b>              |

**Dr. Mauricio Paes**  
 Ortopedia / Traumatologia  
 Cirurgião de Quadril  
 CRM-PE 16893 TE07-14-00





H.R.A.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: *BRAY IONE DA SILVA NEIRO*

*21/04/19*

ENF *502510* REG. *337306* LEITO:

HORÁRIO

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

*SUB*

01 DIETA LIVRE

02 JELCO HIDROLISADO

03 TILATIL 20MG: 01 AMP + AD IV 12/12H (S/N)

04 DAPIRONA 500MG/ML: 01 AMP + AD EV 6/6 H

TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV, 8/8H LENTO (S/N)

PLASIL 01 AMP + AD IV, 8/8H (S/N)

06 CLEXANE 40MG SC IX DIA *SUSPENSÃO*

07 SSVV + CCGG *Relina*

09 AGUARDA VAGA NA ENFERMARIA *conf*

10 SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO

Dr. Thiago Cintra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 18418 TEOD 15480

*OK*

~~15/05/2020~~

~~15/05/2020~~

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Intepretação

At= 30.2.5.16

Rq= 334306

Unidade de Saúde:

HR A

Nome do Paciente:

Beatriz da Silva

Enfermaria

Leito:

Registro Nº:

DATA HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

Dito oral Diurno

06:00 12:00 18:00 24:00

TEMP.

DIURESE

LSNG18

PA

DRENAGEM TORÁCICA

DRENOS KHER

22/04/19 Incidente

admitido na SPPA

após 60 minutos

de anal. náusea

"D", segue sob o

assintoma agudo

da equipe de enfer

magem

Dr. Carlos Augusto Carneiro

CRM 15351

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

7-2-ABR-2019

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável



# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (51) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriahra@hotmail.com

**\*42155**

**421556**

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO 125

Prontuário.: 337306

Procedência : EMERGENCIA

Leito....:

Local de Entrega : VERDE ORTOPEDIA

Cadastro.: 21/04/2019 - 21:34

Impresso.: 21/04/2019 - 22:43

Impresso por.: WALKER

Exames:

### HEMOGRAMA COMPLETO

Método Automatizado

#### ERITROGRAMA

|                           |      |                      |
|---------------------------|------|----------------------|
| HEMÁCIAS.....             | 4.23 | milh/mm <sup>3</sup> |
| HEMOGLOBINA.....          | 13.2 | g/dL                 |
| HEMATÓCRITO.....          | 38.7 | %                    |
| V.C.M.....                | 96.8 | fL                   |
| H.C.M.....                | 33.0 | pg                   |
| C.H.C.M.....              | 34.1 | uL                   |
| R.D.W.....                | 13.4 |                      |
| ASPECTOS CITOMORFOLÓGICOS |      |                      |

#### Homens Mulheres

|             |             |
|-------------|-------------|
| 4.3 - 5.7   | 3.9 - 5.0   |
| 13.5 - 17.5 | 12.0 - 15.5 |
| 38.8 - 50   | 34.9 - 44.5 |
| 81.2 - 95.1 | 81.6 - 98.3 |
| 26 - 34     | 26 - 34     |
| 31 - 36     | 31 - 36     |
| 11.6 - 14.9 | 11.6 - 14.9 |

#### LEUCOGRAMA

|                          |        |                  |
|--------------------------|--------|------------------|
| LEUCÓCITOS.....          | 18.050 | /mm <sup>3</sup> |
| PROMIELÓCITOS.....       | 0      |                  |
| MIELÓCITOS.....          | 0      |                  |
| METAMIELÓCITOS.....      | 0      |                  |
| BASTONETES.....          | 0      |                  |
| SEGMENTADOS.....         | 77     | 13899            |
| EOSINÓFILOS.....         | 01     | 181              |
| BASÓFILOS.....           | 0      |                  |
| LINFÓCITOS TÍPICOS.....  | 14     | 2527             |
| LINFÓCITOS ATÍPICOS..... | 0      |                  |
| MONÓCITOS.....           | 08     | 1444             |
| PLASMÓCITOS.....         | 0      |                  |
| ERITROBLASTOS.....       | 0      |                  |
| ASPECTOS CITOMORFOLÓGICO |        |                  |

#### Relativo % Absoluto mm<sup>3</sup>

|             |              |
|-------------|--------------|
|             | 4000 - 11000 |
| 0.0 - 0.0   | 0 - 0        |
| 3.0 - 6.0   | 0 - 2100     |
| 47.0 - 63.0 | 1500 - 6900  |
| 1.0 - 7.0   | 0 - 700      |
| 0.0 - 1.0   | 0 - 190      |
| 20.0 - 30.0 | 1200 - 4000  |
| 0.0 - 0.0   |              |
| 4.0 - 6.0   | 100 - 950    |
| 0.0 - 0.0   | 0 - 0        |
| 0 - 0       | 0 - 0        |

PLAQUETAS.....: 479.100 /mm<sup>3</sup>

140.000 - 450.000

Ensaios com materiais coletados em dias, horários e metodologia diferentes poderão ser apresentados valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

*WALKER*  
Dr. Walker Spencer  
Biomédica - CRBM/PE 0471





# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriohra@hotmail.com



421556

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO 125  
Prontuário.: 337306  
Procedência : EMERGENCIA  
Leito....:  
Local de Entrega : VERDE ORTOPEDIA

Cadastro.: 21/04/2019 - 21:34  
Impresso.: 21/04/2019 - 22:56  
Impresso por.: GRACAS

Exames:

## GLICOSE

Data da Coleta: 21/04/2019

Resultado.....: 122 mg/dL

Valores Referenciais:

Método:

70 a 99

Enzimático (hexoquinase) automatizado

OBS:

## UREIA

Data da Coleta: 21/04/2019

Resultado.....: 25 mg/dL

Valores Referenciais:

Método:

Adultos : Menor que 50

Cinético automatizado

Crianças: 5 a 19

OBS:

## CREATININA

Data da Coleta: 21/04/2019

Resultado.....: 0.8 mg/dL

Valores Referenciais:

Método:

Recém-nascidos (premattiros) : 0.3 a 0.9

Reação cinética jaffé automatizada

Recém-nascidos (de termo) : 0.2 a 1.0

Crianças (2 meses a 3 anos) : 0.2 a 0.4

Crianças (3 a 11 anos) : 0.3 a 0.7

Mulheres : 0.5 a 0.9

Homens : 0.7 a 1.2

OBS:

Ensaios com matérias coletadas em dias, horários e metodologia diferentes poderão ser apresentados valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

Dra. Maria Inês Gracías Silva  
Farmacêutica / Bioquímica  
CRF/PE 1876





# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0269-27

E-mail: laboratoriohra@hotmail.com

**\*42165**  
**421652**

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO-117  
Prontuário.: 337306  
Procedência : EMERGENCIA  
Leito....: ORTOPEDIA  
Local de Entrega : VERDE

Cadastro.: 22/04/2019 - 12:16  
Impresso.: 22/04/2019 - 13:15  
Impresso por.: PAULO

Exames:

*Paulo*

## HEMOGRAMA COMPLETO

Método Automatizado

### ERITROGRAMA

|                  |      |                      |
|------------------|------|----------------------|
| HEMÁCIAS.....    | 5.65 | milh/mm <sup>3</sup> |
| HEMOGLOBINA..... | 16.8 | g/dL                 |
| HEMATÓCRITO..... | 45.8 | %                    |
| V.C.M.....       | 81.1 | fL                   |
| H.C.M.....       | 29.7 | pg                   |
| C.H.C.M.....     | 36.7 | uL                   |
| R.D.W.....       | 12.0 |                      |

ASPECTOS CITOMORFOLÓGICOS

Normocíticas

Normocrômicas

### Homens Mulheres

|             |             |
|-------------|-------------|
| 4.3 - 5.7   | 3.9 - 5.0   |
| 13.5 - 17.5 | 12.0 - 15.5 |
| 38.8 - 50   | 34.9 - 44.5 |
| 81.2 - 95.1 | 81.6 - 98.3 |
| 26 - 34     | 26 - 34     |
| 31 - 36     | 31 - 36     |
| 11.6 - 14.9 | 11.6 - 14.9 |

### LEUCOGRAMA

|                          |        |                  |
|--------------------------|--------|------------------|
| LEUCÓCITOS.....          | 10.360 | /mm <sup>3</sup> |
| PROMIELÓCITOS.....       | 0      |                  |
| MIELÓCITOS.....          | 0      |                  |
| METAMIELÓCITOS.....      | 0      |                  |
| BASTONETES.....          | 0      |                  |
| SEGMENTADOS.....         | 70     | 7252             |
| EOSINÓFILOS.....         | 04     | 414              |
| BASÓFILOS.....           | 0      |                  |
| LINFÓCITOS TÍPICOS.....  | 18     | 1865             |
| LINFÓCITOS ATÍPICOS..... | 0      |                  |
| MONÓCITOS.....           | 08     | 829              |
| PLASMÓCITOS.....         | 0      |                  |
| ERITROBLASTOS.....       | 0      |                  |

ASPECTOS CITOMORFOLÓGICO

### Relativo % Absoluto mm<sup>3</sup>

|             |              |
|-------------|--------------|
|             | 4000 - 11000 |
| 0.0 - 0.0   | 0 - 0        |
| 3.0 - 6.0   | 0 - 2100     |
| 47.0 - 63.0 | 1500 - 6900  |
| 1.0 - 7.0   | 0 - 700      |
| 0.0 - 1.0   | 0 - 190      |
| 20.0 - 30.0 | 1200 - 4000  |
| 0.0 - 0.0   | 0 - 0        |
| 4.0 - 6.0   | 100 - 950    |
| 0.0 - 0.0   | 0 - 0        |
| 0 - 0       | 0 - 0        |

PLAQUETAS..... 297.000 /mm<sup>3</sup>

140.000 - 450.000

Ensaios com matérias coletadas em dias, horários e metodologia diferentes poderão ser apresentados valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

*Paulo*  
Dr. Paulo César Pereira de Amorim  
Farmacêutico - Toxicológico  
CRM 111.523





# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

CEP: 55.000-000

Telefone: (81) 3719-9375

CNPJ: 09.794.975/0289-27

E-mail: laboratoriohra@hotmail.com



421652

Paciente: BRAZ JOSE DA SILVA NETO-117  
Prontuário: 337306  
Procedência: EMERGENCIA  
Leito: ORTOPEdia  
Local de Entrega: VERDE

Cadastro.: 22/04/2019 - 12:16  
Impresso.: 22/04/2019 - 12:59  
Impresso por.: SANDRA

Exames:

## COAGULOGRAMA II

Data da Coleta: 22/04/2019

Tempo de Sangria.....: 1'45 "  
Tempo de coagulação.....: 6'30 "  
Tempo de Protombina.....: 14.0 seg  
Atividade de Protombina.....: 90 %  
INR.....: 1.07

VALORES DE REFERÊNCIA  
1 a 4 minutos  
5 a 10 minutos

OBS.:

PACIENTE CONTRÔLE: POOL: TEMPO DE PROTOMBINA = 13.1seg.  
ATIVIDADE ENZIMÁTICA = 100%  
INR = 1.0

Ensaios com materiais coletados em dias, horários e metodologia diferentes poderão ser apresentados valores de resultados desiguais. Somente seu médico tem condições de interpretar os resultados acima.

  
Dra. Sandra Maria Pereira da Costa  
Farmacêutica/Bioquímica  
CRF/PB 3891



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Egot Boticário de Azeite

Prontuário: 274506

Data: 21/06/19 Hora: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:

Egot Boticário de Azeite

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Agambotário de Azeite

TRATAMENTO REALIZADO:

Atendimento com Ração DC P35

Alta Hospitalar: Data:   /  /   Hora: \_\_\_\_\_

Dr. Cleilson Aguiar Oliveira

23 ABR 2019

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM

**- ATESTADO MÉDICO -**

ATESTO que o Segurado Bráulio de Silva  
NATO portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_  
série \_\_\_\_\_, necessita de 30 (Trinta)  
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de  
doença.

HRA  
Hospital ou Ambulatório

Localidade e Data

23 ABR 2019

[Assinatura]  
ASS. do Médico - CRM Nº \_\_\_\_\_

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas  
no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de  
14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de  
afastamento do trabalho.



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

### RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Uno Oro  
Dipirona 500  
mg - 01x  
01 com 40 616H

  
Dr. Cleide Regina Oliveira  
CRM 51354

73 ABR. 2020

Data: / /

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício.  
Eliêda Monteiro da Souza

1º Lugar

2º Concurso 89





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
CNPJ Nº 10.572.048/0014-42  
BR. 232, Km 130 - Indianópolis - Caruaru - PE - CEP 55.000-000  
Fone: (81) 3701-1506 (ambulatório) ou (81) 3719-9400

### RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

#### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: \_\_\_\_\_  
CRM Nº \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Endereço Completo: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Paciente: *Beto 705 de Indianópolis*

Endereço: *Uso oral*

Prescrição: *aplicar 50 mg - 2x*

*Cor 1.*  
*01 cor no 610 H + cor*

Data: *1 / 1*

*23 ABR 2019*

Carimbo e Assinatura do Médico

#### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: \_\_\_\_\_  
Ident.: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_  
End. Completo: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA: *1 / 1*



# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

### RESUMO DE ALTA

Nome: BRAH BUIE NIRE NABO

Prontuário: 337306

Data: 21/04/19 Hora: \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICO:

Fratura Coluna C7

#### AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Agambulatorio ortopedia

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Osteomintor com placa DC P35

Alta Hospitalar: Data: 21/04/19

Hora: \_\_\_\_\_

8h  
Dr. Milton Barros

23 ABR 2019  
Ass. do Médico e CRM

Carimbo

